

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR**

**RAFAEL HENRIQUE TEUFEL**

**JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE:  
CUSTOS EXTRAS X REGULAÇÃO**

**CURITIBA**

**2020**

**RAFAEL HENRIQUE TEUFEL**

**JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE:  
CUSTOS EXTRAS X REGULAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Contabilidade e Finanças, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Contabilidade e Finanças.

Orientador: Claudio Marcelo Edwards

**CURITIBA**

**2020**

## **AGRADECIMENTOS**

Este agradecimento vai primeiramente ao Deus de Israel que muito tem me abençoado e me ajudado a realizar projetos importantes na minha vida e a minha família que é fonte de inspiração na busca de melhores condições de vida e ao orientador deste trabalho científico que com sabedoria me ajudou a realizá-lo.

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho é entender o que as operadoras de saúde suplementar representam para o seguimento de saúde no Brasil, e compreender a importância para seus usuários, para o sistema único de saúde e para o próprio segmento de saúde suplementar.

Quais as dificuldades encontradas pelas operadoras de saúde suplementar, relacionados aos custos provenientes do tema deste trabalho científico onde estes fatores trazem impactos significativos para estas entidades, além da interferência do poder executivo através do órgão regulador, ainda tem que lidar com as imposições ligadas ao poder judiciário.

Atualmente podemos dizer que “um não vive sem o outro”, pois o sistema único de saúde precisa e muito da saúde suplementar, pois tem uma estrutura muito deficitária e o usuário do serviço é beneficiado pelo acesso aos planos de saúde, onde a maioria da população não tem a mínima condição de manter um plano privado de saúde, sendo totalmente dependente do SUS.

Palavras-Chave: Judicialização; Custos Extras; Regulação.

## **ABSTRACT**

The objective of this work is to understand what the supplementary health operators represent for the health segment in Brazil, and to understand the importance for their users, for the unified health system and for the supplementary health segment itself.

What are the difficulties encountered by the supplementary health operators, related to the costs arising from the theme of this scientific work where these factors bring significant impacts to these entities, in addition to the interference of the executive power through the regulatory body, still have to deal with the impositions related to power judiciary.

Currently, we can say that “one cannot live without the other”, as the single health system needs a lot of supplementary health, as it has a very deficient structure and the service user benefits from access to health plans, where the majority of population has no condition to maintain a private health plan, being totally dependent on SUS.

Key words: Judicialization; Extra costs; Regulation.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1- PORTE DAS OPERADORAS.....	18
TABELA 2 - CONTRATAÇÃO DOS PLANOS .....	18
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS .....	19
TABELA 4 - SEGMENTAÇÃO E COBERTURA .....	20

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PLANOS REGISTRADOS FEV/20 – ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	20
GRÁFICO 2 - RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES SEGUNDO MODALIDADE – R\$ BILHÕES.....	21
GRÁFICO 3 - MÉDIA % DAS RECEITAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.....	22
GRÁFICO 4 - DESPESAS ASSISTÊNCIAIS SEGUNDO MODALIDADE – R\$ BILHÕES .....	22
GRÁFICO 5 – MÉDIA % DAS DESPESAS ASSISTÊNCIAIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.	23
GRÁFICO 6 - BENEFICIÁRIOS POR REGIÃO - QUANTIDADE .....	23
GRÁFICO 7 - RECLAMAÇÕES MENSALIDADE E REAJUSTES DEZ/19 .....	24
GRÁFICO 8 - RECLAMAÇÕES COBERTURA DEZ/19 .....	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AME – Atrofia da Medula Espinhal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional  
ABRASPE – Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprio de Empresas  
SBDC – Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência  
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS  
CAPS – Caixa de Aposentadorias e Pensões  
SIB – Sistema de Informações dos Beneficiários  
TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios  
OPS – Operadora de Plano de Saúde  
LIMACA – Lista de medicamentos e materiais de uso domiciliar do plano de saúde  
ECMO – Suporte circulatório mecânico  
ANITT – Agência Nacional de Transportes Terrestres  
ANTAQ – Agência Nacional dos Transportes Aquaviários  
ANCINE – Agência Nacional do Cinema  
IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor  
VCMH – Variação de Custo Médico-Hospitalar  
PESL – Provisões de Eventos/Sinistros a Liquidar  
PEONA – Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados  
PIC – Provisão para Insuficiência de Contraprestações



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1.	SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	9
1.2.	QUESTÃO DE PESQUISA .....	10
1.3.	OBJETIVO GERAL.....	10
1.4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
1.4.1	Identificar processos judiciais em desfavor de Operadoras de Saúde Complementar nos últimos cinco anos.....	10
1.4.2	Identificar e classificar tipos de processos judiciais incluindo montantes financeiros envolvidos. ....	11
1.5.	JUSTIFICATIVAS.....	11
1.6.	DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL .....</b>	<b>13</b>
2.1.	SAÚDE NO BRASIL.....	13
2.2.	CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS .....	15
2.3.	REGULAÇÃO .....	16
<b>3</b>	<b>ESTRUTURAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>18</b>
3.1.	PORTE DAS OPERADORAS .....	18
3.2.	TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE E SUA CONTRATAÇÃO .....	18
3.3.	TIPOS DE PLANOS E SUAS CARACTERÍSTICAS .....	19
3.4.	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E COBERTURA .....	20
<b>4</b>	<b>RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES X DESPESAS ASSISTÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>PRINCIPAIS RECLAMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS JUNTO A ANS.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>INFLAÇÃO E METODOLOGIA DE REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE ...</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>PROVISÕES TÉCNICAS.....</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>PLANO DE SAÚDE DA COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ - SANEPAR .....</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>AÇÕES CONTRA OS PLANOS DE SAÚDE VÊM CRESCENDO .....</b>	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>DOS ACÓRDÃOS A SEREM ANALISADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>11</b>	<b>ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS DECISÕES.....</b>	<b>34</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1. SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Saúde no Brasil é uma temática de fundamental importância para os três atores principais que se entrelaçam na história.

De um lado podemos considerar como sendo o primeiro e mais importante ator o cidadão com suas necessidades, forte demandante do serviço público de saúde, tendo em vista a atual conjuntura econômica do país com altos índices de desemprego e redução de renda, mas garantindo seus direitos por meio da Constituição Federal de 1988 no seu Art. 196.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Boa parte da população não tem condições mínimas de sobrevivência, ou mesmo de manter um plano de saúde privado.

Do outro lado o Estado maior classificado, sendo o segundo ator deste cenário, que tem como prerrogativa em sua constituição a exigibilidade de proporcionar os serviços básicos mínimos necessários para manter a dignidade dos seus cidadãos.

Historicamente são muitas as dificuldades provocadas pela má administração de recursos públicos, com a máquina pública inchada e deficiente, causadora de impactos significativos no orçamento público anual, atingindo principalmente a saúde. Vários são as deficiências do setor de saúde pública, hospitais sucateados, ausência de equipamentos atualizados, falta de profissionais nas mais variáveis especialidades e uma série de outros problemas.

Poderíamos enumerar ainda mais situações ligadas à saúde pública, mas já é possível perceber o quanto o estado é deficitário e não tem condições de manter o equilíbrio na demanda da saúde no Brasil.

É neste contexto que entra o terceiro ator deste tripé da Saúde no Brasil, a Saúde Suplementar, que ganha força e muita relevância no cenário nacional. Surgiu com a proposta de ser uma alternativa a esta deficiência do estado, sendo importante para os três participantes deste mercado, pois por um lado proporcionando o acesso a Saúde, trazendo mais qualidade para os serviços e por outro trazendo redução de custos e reduzindo também a demanda crescente de atendimento.

Porém independentemente da sua importância a Saúde Suplementar também enfrenta grandes problemas, relacionados principalmente à interferência do estado, com a imposição agressiva da regulação. Podemos dizer que é um tanto quanto contraditório dizer que o mesmo órgão regulador que obriga a composição de custos das operadoras baseado em cálculos atuariais, também emiti normativos aumentando o rol de procedimentos cobertos pelos planos de saúde, restringindo percentuais de reajuste, sem falar da inflação do setor de saúde, onde os custos de atualização de profissionais e novas tecnologias são bastante altos.

Como se não bastasse todas estas situações de enfrentamento, a Saúde Suplementar passou a conviver também com outro tipo de interferência, a do judiciário que é tema desta pesquisa a “Judicialização da Saúde” que através de decisões a revelia acabam autorizando a cobertura de atendimentos, liberando medicamentos, cirurgias e outros tipos de procedimentos que nem sempre trazem os resultados esperados, aumentando e muito o custo destes planos causando a instabilidade mercadológica.

## 1.2. QUESTÃO DE PESQUISA

Esta pesquisa visa identificar a materialidade financeira de decisões judiciais em desfavor de Operadoras de Saúde Complementar.

## 1.3. OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo principal examinar o conteúdo de decisões judiciais passivas às Operadoras de Saúde Complementar e seus impactos sobre o equilíbrio econômico financeiro das operadoras.

## 1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4.1 Identificar processos judiciais em desfavor de Operadoras de Saúde Complementar nos últimos cinco anos.

A interferência do judiciário causa sérios problemas para a gestão das operadoras, pois o custo de um tratamento pode superar a casa de R\$ 5 Milhões, o que provoca um aumento dos planos para os beneficiários, pois tendem a ser repassados para as mensalidades, prejudicando o acesso à saúde.

Um exemplo destes processos judiciais é que recentemente as operadoras vem sofrendo ações relacionadas ao fornecimento do medicamento “Spinraza”, recém-registrado na ANVISA, indicado para pacientes com Atrofia da Medula Espinhal (AME); o medicamento não promove a cura, mas promete retardar o avanço.

O custo do tratamento é de aproximadamente R\$ 3 Milhões no primeiro ano e mais R\$ 1 Milhão para cada ano.

1.4.2 Identificar e classificar tipos de processos judiciais incluindo montantes financeiros envolvidos.

- Negativa de atendimento;
- Liberação de procedimentos fora do “Rol da ANS”;
- Medicamentos experimentais, sem a autorização da ANVISA;
- Novas tecnologias sem comprovação de eficácia para o tratamento;

## 1.5. JUSTIFICATIVAS

Esta pesquisa se torna importante, para demonstrar as dificuldades do sistema de saúde suplementar relacionado à “Judicialização da Saúde”, em que as operadoras sofrem impactos significativos em seus orçamentos, provocados por estas decisões.

Com o aumento crescente dos custos da saúde e com o surgimento de novas tecnologias, a cada dia surgem novos medicamentos, capazes de curar ou não doenças até então sem expectativas o que gera nas pessoas o anseio do acesso a estes tratamentos.

Porém estas condenações não levam em consideração a previsão contratual, obrigando as operadoras a suportar custos extras para cumprir a assistência médica, e ainda são restringidas quanto aos percentuais de reajuste do plano.

Daí pode-se fazer uma reflexão sobre a importância da Saúde Suplementar, numa situação em que o cidadão comum aceita pagar para ter um serviço que teoricamente seria gratuito.

Em um estudo realizado com 1000 entrevistados entre pessoas das classes A, B, C e D moradores de 12 capitais e regiões metropolitanas, indicou que 81% dos brasileiros que possuem plano de saúde estão satisfeitos com seus planos e 27% atribuíram nota 10 para seus planos. Já em relação ao SUS as avaliações foram diferentes onde 21% atribuíram nota zero aos serviços e 7,2% deram nota 10 para os serviços públicos.

Como seria se não existisse a Saúde Suplementar no Brasil e se todos os atendimentos e custos fossem suportados apenas pelo SUS.

#### 1.6. DELIMITAÇÃO DO TEMA

A presente pesquisa emprega o método dedutivo e possui caráter exploratório, baseado em dados secundários coletados a partir de revisão bibliográfica e jurisprudencial. Desenvolve-se, inicialmente, o direito à saúde como direito fundamental de segunda dimensão constitucionalmente protegido e o papel do poder público e da iniciativa privada é da promoção desse direito.

Analisa-se a utilização das tutelas de urgência como mecanismos de concretização do direito individual à saúde, porém, muitas vezes o magistrado não tem elementos sólidos e confiáveis necessários para a melhor apreciação da causa, bem como os efeitos econômico-financeiros provocados nas operadoras de plano de saúde que terão de cumprir a decisão.

## 2 REFERENCIAL

### 2.1. SAÚDE NO BRASIL

Para poder formar uma posição quanto ao tema a ser estudado é necessário antes conhecer os principais fatos que marcaram a saúde, por isso é importante entender como teve seu início a história da saúde no Brasil.

E os fatos se iniciaram por meio da Lei Eloy Chaves em 1923 que foi responsável por instituir a chamada Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que começou a desenhar este mercado, pois permitiu o acesso a saúde, implementando benefícios a grupos de trabalhadores em 1930.

No transcorrer dos acontecimentos em 1946, ano em que foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil aprovava sua quinta constituição em que passou entender a importância da saúde e previdência social para seus cidadãos.

Então o estado precisou pensar em melhorar os serviços e atender a demanda que vinha crescendo, por isso em 1965 foi criado o que ficou conhecido como Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Foram sendo criadas outras modalidades de assistência a saúde e em 1966 foi regulamentada a existência dos seguros privados no Brasil através da Lei nº 73 e já em 1967 foram criadas as primeiras cooperativas médicas no estado de São Paulo.

Com a evolução cronológica deste mercado, em 1975 teve início uma reforma desencadeada pelos principais intelectuais do setor, tendo em vista o seu desenvolvimento e em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (INAMPS), que ficou responsável pela assistência social.

Em 1980 foi criada a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de empresas (ABRASPE), sendo a primeira entidade a reunir as operadoras de saúde autogestão.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprovou o direito a saúde e seu conceito, e teve importante participação na criação do SUS, aconteceu no ano de 1986, e incluiu como direito universal na Constituição Brasileira em 1988, criando o Sistema Único de Saúde - SUS.

Há princípio a ideia era imputar ao governo promover a saúde à população brasileira, sem restrições de classe social. Sua administração foi estruturada de forma hierarquizada e

descentralizada, formando os princípios norteadores do SUS: “Universalidade, integralidade, participação e descentralização”, através da Constituição Federal de 1988 no art. 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Dentro da proposta inicial, o SUS passou gerir a saúde e permaneceu durante muito tempo, porém, o modelo de gestão instaurado passava a apresentar sérios problemas, pois tratava apenas de doenças existentes. Ainda não se tinha noção de como tratar a saúde, uma vez que a prática da prevenção passou a ser considerada, pois os custos destas diretrizes começavam a aumentar tornando-se cada vez mais insustentáveis, por isso logo foi aprovada a Lei nº 8.080/1990 que proporcionou as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, permitindo a organização de políticas públicas econômicas e sociais, que logo deram início a criação do “Programa Agentes Comunitários de Saúde” em 1994, com o objetivo de promover a saúde da família,

Importante salientar que os planos de saúde particulares já existiam desde 1940, onde o Banco do Brasil já havia criado a primeira caixa de assistência à saúde em 1944, para viabilizar o acesso a saúde aos seus funcionários.

A Saúde Suplementar existe a mais de 70 anos, pois as entidades de autogestão já atuavam desde 1930, as medicinas de grupo 1956, e cooperativas médicas 1967.

Diante das mudanças que vinham ocorrendo no sistema de saúde e seu crescente desenvolvimento, tornando-se o mercado cada vez mais expressivo, em 03 de junho de 1998 foi aprovado o que ficou conhecido como a “Lei dos Planos de Saúde”, Lei 9.656/1998 que passou a regulamentar os planos de saúde e dar providências quanto a sua atuação no mercado.

Lei 9.656/1998, Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso

ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

## 2.2. CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Porém com advento da “Lei dos Planos de Saúde” surgiu à necessidade de maiores regras para o setor, e de um órgão para emitir e aplicar normativos, por isso em 28 de Janeiro de 2000, com o objetivo de fazer cumprir a Lei nº 9.656/1998 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961/2000:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Até o presente momento o segmento de saúde suplementar não se deparava com limites, visto que as operadoras se comportavam conforme seus interesses, por isso o Governo percebeu que seria necessário atuar, de forma a fazer valer o bem estar social, pois a falta de regramento também provocava gastos exagerados pela adesão de pessoas com altos índices de sinistralidade.



Por isso a ANS iniciou seus trabalhos com a criação de normativos ligados a garantias financeiras, visando à sustentabilidade das operadoras e em um segundo momento priorizou a correção de falhas relacionadas à assimetria de informações, como por exemplo, a padronização dos contratos de saúde entre operadoras e beneficiários, incentivou a criação de programas de promoção a saúde e de prevenção de doenças e o parto normal, a criação da ANS possibilitou a emissão de normativos e leis.

Outro exemplo de assimetria é a adequação de novas tecnologias ao segmento de saúde, onde foi criado o “Rol de Procedimentos do setor de saúde suplementar” através da Resolução do Conselho da Saúde Suplementar nº 10/1998, que passou a controlar a incorporação de produtos ou serviços que não atendam as necessidades do setor e que causem custos desnecessários.

Além da ANS ainda foram criados outros dois órgãos de regulação da saúde no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que se responsabiliza pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares. E o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), com o objetivo de garantir a competitividade do setor.

### 2.3. REGULAÇÃO

Podemos dizer que a criação da ANS e outros órgãos de regulação também foram considerados marcos da saúde, pois o estado passou a modificar as suas premissas iniciais anteriormente mencionadas, pensando em uma nova situação dos serviços públicos. Estas alterações foram sendo realizadas de forma gradativa, transformando o relacionamento do estado, que sempre foi detentor de direito e fornecedor de serviços essenciais, tendo como obrigação principal garantir o direito e acesso a toda a população (Robba, 2017).

No entanto na última década o estado passou a mudar o conceito de executor destas atividades para ser regulador, e o usuário final destes serviços para consumidor, criando a necessidade de adequação da relação econômica com o mercado, procurando estimular a economia e melhorar a qualidade dos serviços públicos, o que permitindo a exploração comercial (Robba, 2017).

O fato de o estado permitir a exploração comercial não indica que ele deixe de ter a obrigação destes serviços, mas que de alguma forma garanta a continuidade deles (Robba, 2017)

Por isso passa de mero executor para gerenciador destas atividades, criando a necessidade de se ter um fiscalizador (Robba, 2017).

Estas modificações da base do estado brasileiro iniciaram no do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, com a primeira grande reforma, passando inicialmente as atividades não consideradas essenciais para a iniciativa privada, transferindo a responsabilidade do estado através das outorgas de concessão (Robba, 2017).

Porém há partir destas alterações surgiu à necessidade da regulação uma vez que estes serviços de responsabilidade do estado passam a ser executados e explorados pelo setor privado, não se eximindo de manter sempre a continuidade dos serviços (Robba, 2017).

A regulação passa a ser uma atividade de intervenção, onde se normatiza a execução dos serviços, controlando possíveis desvios (Robba, 2017).

Esta alteração no cenário passou a trazer a função de analista de modo que também permitiu a descentralização dos serviços, no entanto essa mudança criou a necessidade de especialização tornando-o um gestor, permitindo pensar melhor nas políticas publicas (Robba, 2017).

As agências reguladoras vieram para ter expertise técnica e autonomia administrativa, constituídas como regime especial frente à administração pública conhecida, onde profissionais passaram as ser nomeados por prazo determinado com o aval do Congresso Nacional, deixando-as livres de interferências politico partidárias (Robba, 2017).

A criação das Agências Reguladoras no Brasil passou por três fases, sendo a primeira delas relacionada à quebra dos monopólios estatais onde:

De 1996 a 1997 foram criadas: Agência Nacional de Energia Elétrica - Aneel, Agência Nacional de Telecomunicações - Anatel, Agência Nacional de Petróleo – ANP (Robba, 2017).

A segunda leva das agências reguladoras tinha a pretensão de modernizar o Estado e proteger os interesses dos cidadãos:

De 1999 a 2000 foram criadas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ligadas ao Ministério da Saúde (Robba, 2017).

E na terceira foram criadas a agências para finalidades diversas:

De 2001 a 2002: Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, Agência Nacional dos Transportes Aquaviários - ANTAQ e a Agência Nacional de Águas - ANA e a Agência Nacional do Cinema – ANCINE (Robba, 2017).

### 3 ESTRUTURAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

#### 3.1. PORTE DAS OPERADORAS

Cumprindo com a finalidade a que foi criada e pensando na organização do setor, a ANS expediu a RN nº 392/2015, com o objetivo de classificar as operadoras de saúde conforme o porte, ajudando no planejamento das suas ações perante o mercado de saúde suplementar e permitindo ter maior controle destas entidades. E determinou a forma de se identificar esta classificação que foi através do envio de informações destas operadoras por meio do Sistema de Informações dos Beneficiários (SIB).

Conforme o art. 4 da RN nº 392/2015 as operadoras foram assim classificadas:

TABELA 1- PORTE DAS OPERADORAS

OPERADORAS	NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS
<b>Pequeno Porte</b>	Inferior a 20 mil
<b>Médio Porte</b>	Entre 20 e 100 mil
<b>Grande Porte</b>	Superior a 100 mil

Fonte: Elaboração Própria Cartilha dos Planos de Saúde (ANS, 2015).

#### 3.2. TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE E SUA CONTRATAÇÃO

A ANS passou a organizar também as formas de contratação dos planos de saúde, onde foram classificados como:

TABELA 2 - CONTRATAÇÃO DOS PLANOS

PLANO	CONTRATAÇÃO
<b>Individual ou Familiar</b>	Contratação feita pela pessoa física diretamente com a operadora de saúde;
<b>Coletivo por Adesão</b>	A associação profissional contrata o plano;
<b>Coletivo Empresarial</b>	A empresa contrata o plano para seus funcionários

Fonte: Elaboração Própria Cartilha dos Planos de Saúde (ANS, 2015).

### 3.3. TIPOS DE PLANOS E SUAS CARACTERÍSTICAS

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

PLANO	CARACTERÍSTICAS
<b>Individual ou Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão Livre;</li> <li>• Carência;</li> <li>• Cobertura conforme Rol de procedimentos;</li> <li>• Cobrança direta aos beneficiários pela operadora;</li> <li>• Rescisão permitida em caso de fraude e ou falta de pagamento.</li> </ul>
<b>Coletivo por Adesão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão por meio de vínculo com associação ou sindicato;</li> <li>• Carência, com exceção para aqueles que ingressam no plano até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo;</li> <li>• Cobertura conforme contrato e Rol de Procedimentos;</li> <li>• Cobrança direta ao beneficiário pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios;</li> <li>• Rescisão prevista em contrato e somente válida para o contrato como um todo.</li> </ul>
<b>Coletivo Empresarial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão através de vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;</li> <li>• Carência, com exceção para contratos com 30 ou mais beneficiária e para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa;</li> <li>• Cobertura conforme contrato e Rol de Procedimentos;</li> <li>• Cobrança direta ao beneficiário pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios;</li> <li>• Rescisão prevista em contrato e somente válida para o contrato como um todo.</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria Cartilha dos Planos de Saúde (ANS, 2015).

### 3.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E COBERTURA

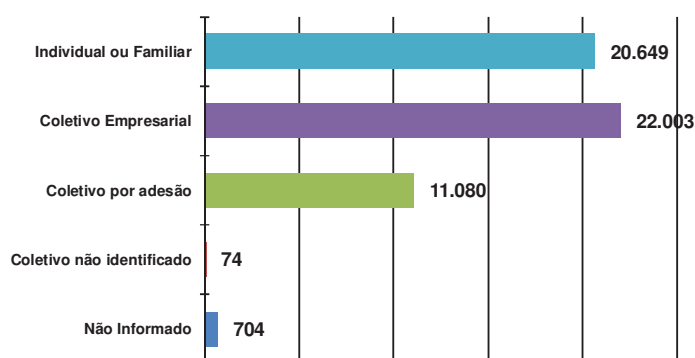
TABELA 4 - SEGMENTAÇÃO E COBERTURA

SEGMENTAÇÃO	COBERTURA
<b>Ambulatorial</b>	• Consultas, exames e terapias;
<b>Hospitalar Sem Obstetrícia</b>	• Internação sem cobertura para parto;
<b>Hospitalar Com Obstetrícia</b>	• Internação com cobertura para parto;
<b>Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia</b>	• Consultas, exames, terapias e internação;
<b>Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia</b>	• Consultas, exames, terapias e parto;
<b>Exclusivamente Odontológico</b>	• Consultas e exames odontológicos.

Fonte: Elaboração Própria Cartilha dos Planos de Saúde (ANS, 2015).

Essa classificação possibilitou a ANS determinar a dimensão do seguimento de saúde suplementar analisando os planos de saúde. No gráfico a seguir temos demonstrado os planos de saúde registrados junto a ANS na parte de assistência médica, e por tipo de contratação:

GRÁFICO 1 – PLANOS REGISTRADOS FEV/20 – ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO TIPO DE CONTRATAÇÃO



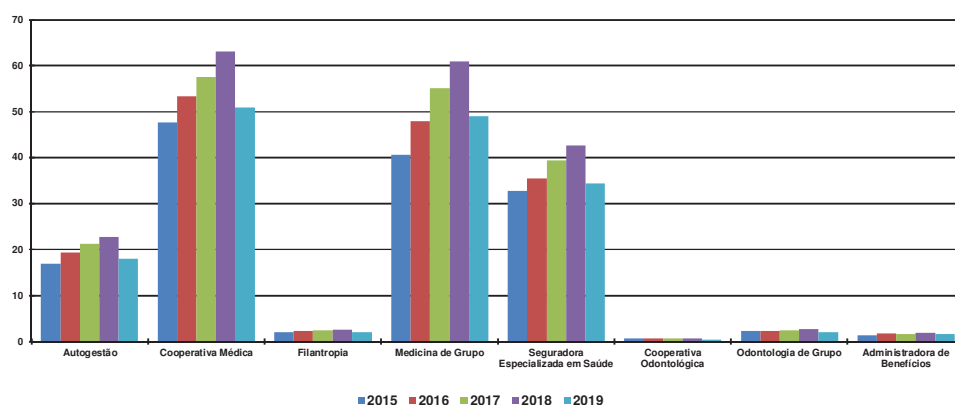
Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

#### 4 RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES X DESPESAS ASSISTÊNCIAS

Com os progressos alcançados pela regulação e da assimetria das informações a ANS atualmente possui um banco de dados de informações sócio econômicas das operadoras, onde através dos números apresentados a seguir, podemos ter uma ideia do volume de recursos financeiros de receitas e despesas assistenciais do mercado de saúde suplementar e sua relevância no sistema de saúde do Brasil e para a economia do país.

Conforme informação do gráfico 2 a seguir podemos perceber que as receitas de contraprestação no ano de 2019 representaram o montante de R\$ 159 Bilhões, considerando todas as modalidades de planos.

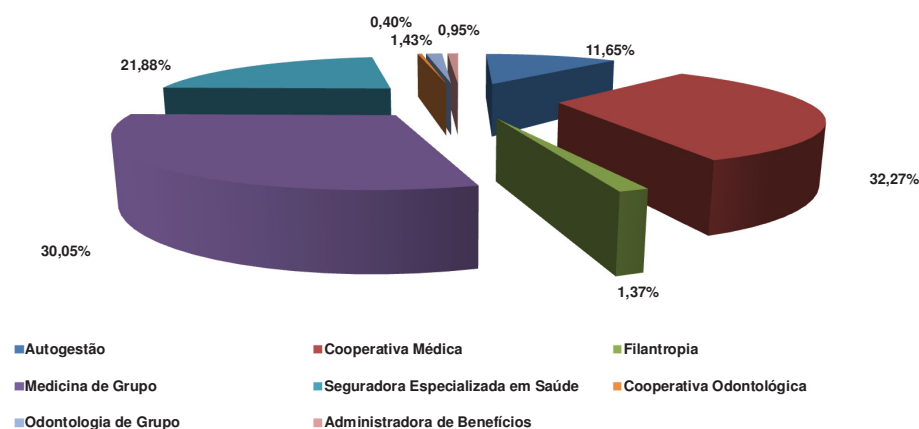
GRÁFICO 2 - RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES SEGUNDO MODALIDADE – R\$ BILHÕES



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

E estas receitas tem sua distribuição conforme o tipo de operadora de saúde onde as Cooperativas médicas tem maior representatividade chegando a 32,27%, seguida das Medicinas de Grupo 30,05%, Seguradoras 21,88% e Autogestões com 11,65% da média das receitas nos últimos cinco anos.

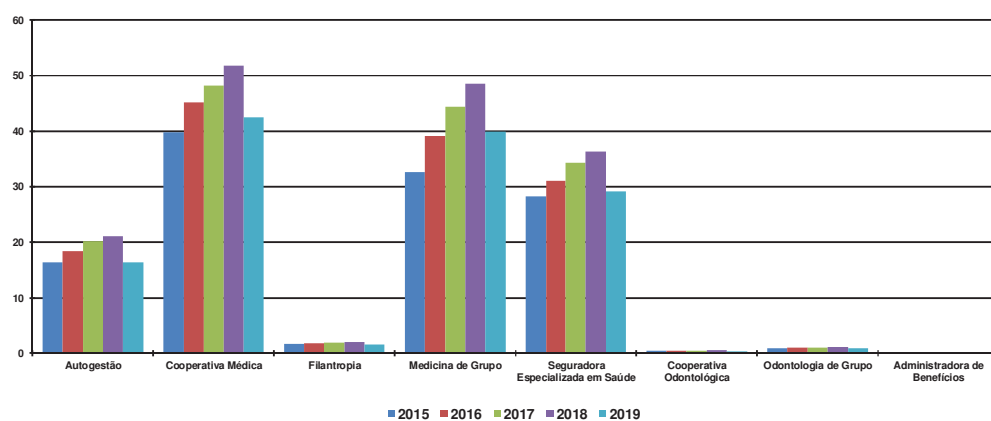
GRÁFICO 3 - MÉDIA % DAS RECEITAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

Em contrapartida dos valores significativos em recursos que são cobrados em mensalidades e contraprestações, ainda deve se falar das despesas assistenciais que são também relevantes na casa de R\$ 131 Bilhões em 2019 considerando todas as operadoras, com altos índices de sinistralidade, conforme informações do gráfico.

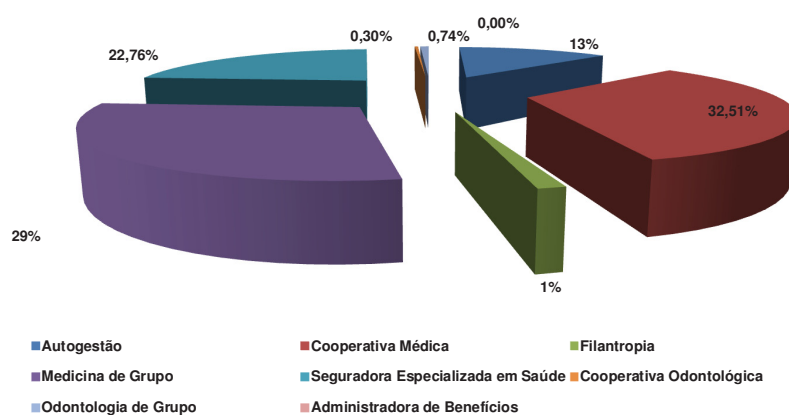
GRÁFICO 4 - DESPESAS ASSISTÊNCIAIS SEGUNDO MODALIDADE – R\$ BILHÕES



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

Semelhante as receitas as despesas seguem a mesma ordem de distribuição, com as Cooperativas médicas 32,51%, seguida das Medicinas de Grupo 29%, Seguradoras 22,76% e Autogestões com 13% da média das receitas nos últimos 5 anos.

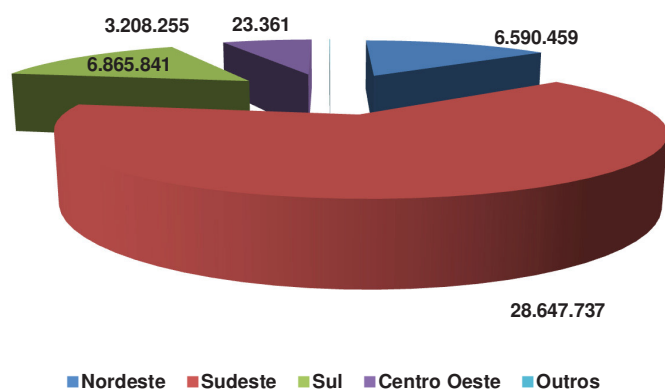
GRÁFICO 5 – MÉDIA % DAS DESPESAS ASSISTÊNCIAIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

Atualmente o segmento de saúde suplementar no Brasil conta com aproximadamente 47 Milhões de beneficiários distribuídos nas principais regiões do país:

GRÁFICO 6 - BENEFICIÁRIOS POR REGIÃO - QUANTIDADE



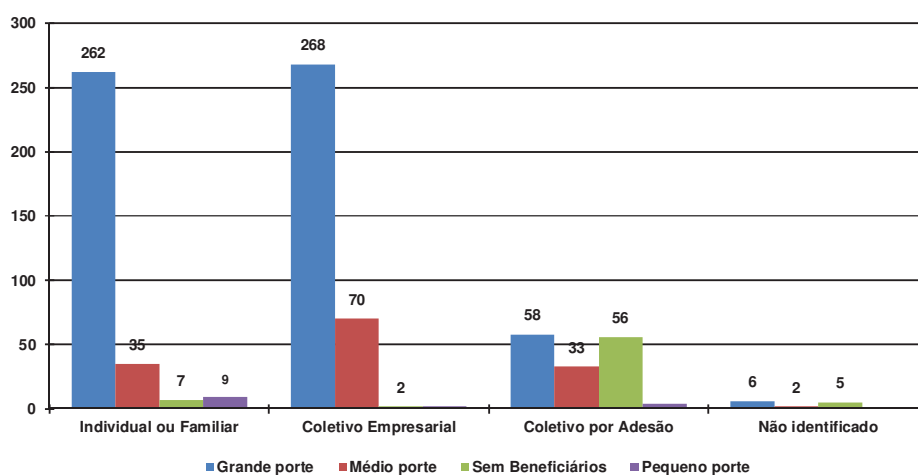
Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).



## 5 PRINCIPAIS RECLAMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS JUNTO A ANS

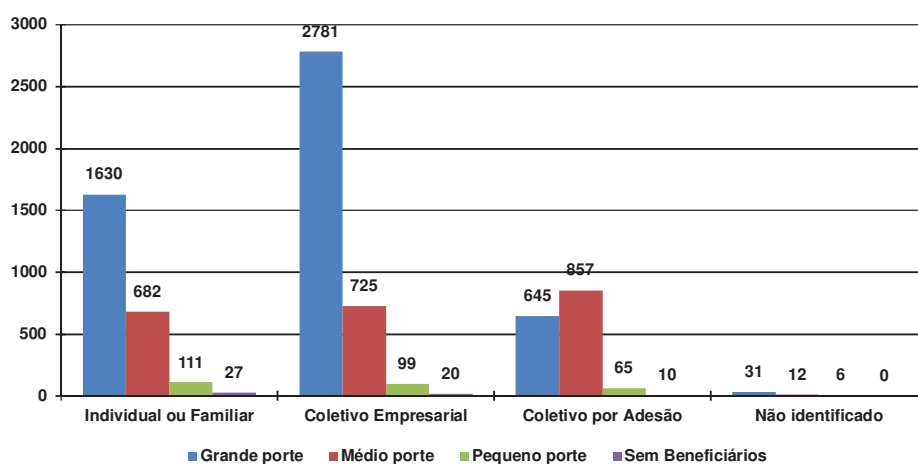
Como parte de suas ações voltadas para a regulação, a ANS mantém também um controle das principais reclamações do setor, onde estas já demonstram os reflexos da judicialização, demonstrando que os efeitos já são sentidos, como podemos ver nos números de reclamações registradas, relacionadas às mensalidades e reajustes dos planos e cobertura.

GRÁFICO 7 - RECLAMAÇÕES MENSALIDADE E REAJUSTES DEZ/19



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

GRÁFICO 8 - RECLAMAÇÕES COBERTURA DEZ/19



Fonte: Elaboração Própria através de dados obtidos Tabnet (ANS, 2020).

## 6 INFLAÇÃO E METODOLOGIA DE REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE

Fazendo uma análise da evolução dos preços dos planos de saúde de 2000 a 2018, podemos constatar que inflação ficou acumulada em 382%, sendo relativamente maior que os índices de inflação Geral 208% e de inflação da Saúde 180% (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

Esta crescente dos preços acabou impactando nos beneficiários e empregadores, pois demonstrou o descolamento da curva dos preços dos planos de saúde em relação ao rendimento médio dos trabalhadores (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

Em função destes dados foi levantada a possibilidade de uma revisão da metodologia de cálculo de reajuste dos planos por parte da ANS (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

A metodologia atual considerava a média do aumento de preços dos planos coletivos empresariais e por adesão com trinta vidas ou mais, onde foi questionada a eficácia desta metodologia, pois ocasionou a saída de mais de três milhões de usuários de planos de saúde.

Inspirada no modelo de regulação por desempenho esta metodologia tinha a intensão de reduzir custos e melhorar as informações e estimular a eficiência econômica, permitindo a barganha por parte dos consumidores, porém na prática causou o aumento dos preços trazendo sérios problemas para o sistema (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

A metodologia foi adotada inicialmente para os planos individuais, porém de acordo com entendimento da justiça, não existe diferenças entre os planos individuais e coletivos uma vez que podem ser substitutivos entre si, por isso a ANS passou a discutir nova metodologia para o segmento como um todo (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) indicava a utilização do IPCA Saúde, para efeito dos reajustes, porém foi criticado por ser um índice voltado para os beneficiários e não para as operadoras e não refletir a frequência de utilizações. Os questionamentos diziam que o índice era estático, pois se limitava a uma quantidade de produtos e serviços, sem considerar as evoluções tecnológicas, com aumentos das despesas médico-hospitalares (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

Outro ponto a ser criticado foi a intensão da classe médica, em se utilizar da Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH) para definição do teto dos reajustes (OKÉ-REIS;FIUZA;COIMBRA, 2019).

No entanto a Fenasaúde lembra a evolução crescente das despesas médico-hospitalares, pois estão bastante acima da inflação geral ou do rendimento das pessoas e

empresas. Foi comentado também sobre os outros pontos a serem considerados, como preços diferenciados (materiais, medicamentos, taxas e diárias, dispositivos implantáveis, novas tecnologias etc.) (OKÉ-REIS;FIUZ;COIMBRA, 2019).

## **7 PROVISÕES TÉCNICAS**

Falando ainda da intervenção da ANS e na sua atuação como agência reguladora, pensando no crescimento expressivo do mercado e na saúde financeira das operadoras, criou a provisões técnicas contábeis relacionadas às despesas assistenciais e exigíveis para as entidades manterem recursos para fazer frente às obrigações. Por isso esta determinação criou as chamadas Provisões de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) e a Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados (PEONA).

Em 2020 estava prevista o início de mais duas provisões técnicas PEONA SUS e Provisão para Insuficiência de Contraprestações (PIC), sendo a última ligada às receitas das operadoras, porém em função da nova situação relacionada à COVID-19, estas foram postergadas para 2021.

Estas provisões são diretamente afetadas pela judicialização, pois com o aumento dos custos há também o aumento destas provisões, obrigando também as operadoras de saúde a manter o lastro necessário para cumprimento de suas obrigações, através dos Ativos Garantidores.

## **8 PLANO DE SAÚDE DA COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ - SANEPAR**

Para se ter ideia que a judicialização tem seus efeitos em todas as regiões do país, podemos ver um exemplo de uma operadora de saúde do estado Paraná, a Fundação Sanepar de Assistência Social pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, Operadora de Saúde Autogestão, com autonomia administrativa financeira com prazo de duração indeterminado, instituída pela Companhia de Saneamento do Paraná – Sanepar em 1976 para prestar serviços de Saúde através do plano SANESAÚDE para seus empregados e familiares.

O SANESAÚDE é um Plano Coletivo Empresarial e presta assistência médica e odontológica, com atuação no estado do Paraná, custeado por contribuições mensais, das patrocinadoras e dos beneficiários, mediante pré-pagamento. Também fazem parte do custeio do plano as coparticipações nos procedimentos que são pagas pelos beneficiários. O plano é revisto e atualizado anualmente com base nos custos de mercado e cálculos atuariais.

Não possui rede própria de atendimento, mas conta com 4.814 prestadores de serviços médico-hospitalar e odontológico credenciados ao plano.

O Plano possui atualmente um total de 25.311 vidas, base 31/12/2019 sendo considerado um plano de médio porte.

A Fundação Sanepar é uma operadora de saúde do sul do país e não esta imune a esta corrente de judicialização, pois muitas vezes se depara com ações judiciais que provocam oscilações significativas nos seus resultados econômico-financeiros.

O plano de saúde da Companhia de Saneamento do Paraná – Sanepar e Administrado pela Fundação Sanepar de Assistência Social o SANESAÚDE, também vivenciou diversas situações em que foi afetado pela judicialização.

Um tratamento que foi estipulado por intermédio de uma decisão judicial em que uma ex-funcionária da patrocinadora principal ganhou o direito ao tratamento experimental para sua filha que tinha sida acometida por uma doença degenerativa. Este tratamento culminou em custos para o plano na ordem de R\$ 3 Milhões de Reais.

## 9 AÇÕES CONTRA OS PLANOS DE SAÚDE VÊM CRESCENDO

De acordo com estudos realizados o número de ações judiciais vem crescendo de forma acentuada, adicionalmente segundo informação do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no período base de 2017 considerando os últimos 10 anos, o país apresentou um aumento de 1.600% nas ações judiciais (BOEHM, 2017).

No ano em que foi criado o observatório da Judicialização da Saúde Suplementar 2011 foram registradas em torno de 3.895 ações judiciais, segundo o relatório o número de ações judiciais cresce em ritmo maior que a evolução da população atendida pela saúde suplementar (BOEHM, 2017).

Ainda segundo o levantamento feito pela USP existem mais casos envolvendo plano de saúde que o SUS. Nestas ações 47,67% das decisões tem haver com coberturas ou atendimentos negados (BOEHM, 2017).

Por isso torna-se importante que as operadoras identifiquem aqueles tipos de beneficiários que podem trazer maiores riscos jurídicos (BOEHM, 2017).

São muitos os impactos da judicialização e podem trazer o desequilíbrio do setor, com dificuldades para as entidades e para a acessibilidade das pessoas ao sistema de saúde, onde os custos extras tendem a ser repassados através de reajustes (Robba, 2017).

Vale lembrar que após uma década da criação do SUS foi instituída a Lei nº 9.656/98 que foi um marco regulatório para o setor que até então contava com Leis civis gerais e com o Código de Defesa do Consumidor (Robba, 2017).

O seguimento de saúde suplementar passou a ter um crescimento acelerado, o que criou a necessidade de um acompanhamento mais efetivo por parte da ANS (Robba, 2017).

Este acompanhamento passou a ter mais efetividade quanto aos planos individuais e familiares, em detrimento dos planos coletivos, muitas regras foram criadas, pois as Leis dos planos de saúde trouxeram um regime jurídico bastante rigoroso para os planos individual e familiar, onde determinou:

- Cobertura mínima para procedimentos médicos;
- A proibição da rescisão unilateral do contrato;
- Reajustes anuais de mensalidades com prévia autorização da ANS;
- Proibição de reajustes por faixa etária para idosos.

A maior efetividade da ANS na criação de Leis quanto aos planos Individuais provocou uma redução de oferta destes planos e um aumento dos planos coletivos, principalmente pela falta de regulação, o que permitiu as operadoras ter mais flexibilidade quanto aos reajustes, não se limitando as regras estabelecidas pela ANS (Robba, 2017).

Lembrando que nos planos individuais a relação é direta do beneficiário para com a operadora de saúde e os planos coletivos tem sua relação intermediada por associações ou entidades (Robba, 2017).

No entanto a falta de regulação nos planos coletivos, permitiu uma maior flexibilização, de questões contratuais, reajuste e cobertura, e ainda inserir regras ligadas ao aumento de sinistralidade (Robba, 2017).

Porém esta flexibilização trouxe sérios problemas de ordem judicial para as operadoras, pois muitas questões que passaram a ser impostas pelas operadoras com base nos contratos e coberturas assistências passaram a ser requerido através de demandas no poder judiciário, por isso o que poderia soar como uma oportunidade para a saúde suplementar, passou a ser vista como um vírus que se alastra provocando estragos no setor, pois a grande maioria dos processos já julgados em 2ª instância condena estas operadoras a custear procedimentos e cirurgias e seus materiais, não sendo levados em consideração os contratos, aumentando significativamente os custos destes planos de saúde (Robba, 2017).

Este trabalho visa demonstrar que os planos coletivos têm sofrido com várias intervenções judiciais, provocadas pela falta de celeridade de quem deveria trazer o equilíbrio para o setor, não sendo apenas órgão de fiscalização e punição, responsável pela saúde deste segmento, pois como já foi mencionado tão importante para a saúde no Brasil, pela quantidade de usuários, que vem crescendo expressivamente (Robba, 2017).

A Lei nº 9.961/2000 que instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar, também determinou sua finalidade institucional de fiscalizar a atuação das operadoras de planos de saúde e punir eventuais descumprimentos à Lei nº 9.656/98 e promover a regulamentação, além de visar a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde (Robba, 2017).

Necessário, todavia, estudar o fenômeno das ações judiciais movidas contra planos e seguros de saúde discutindo aspectos específicos dos planos coletivos empresariais e por adesão, como forma de identificar as falhas e disfunções da regulamentação dos planos de assistência médica coletivos e trazer elementos para o aprimoramento da regulamentação e das práticas de um setor que assiste parcela expressiva da população (Robba, 2017, p8).

Muitas foram as Resoluções editadas pela ANS, visando regulamentar os planos coletivos, porém a atuação da agência não tem promovido melhorias na relação das operadoras e os consumidores (Robba, 2017).



## 10 DOS ACÓRDÃOS A SEREM ANALISADOS

Este trabalho visa levantar e identificar quais são os principais processos judiciais que afetam as operadoras de saúde, considerando para esta pesquisa os processos jurisprudenciais e seus acórdãos, sendo necessário esclarecer que os acórdãos são definidos no mundo jurídico como “Decisões tomadas por instâncias superiores da justiça”, onde geralmente três juízes ou desembargadores sentenciam as causas através de uma decisão colegiada e muitas vezes definitiva (Robba, 2017).

Muitos são os processos enfrentados pelas operadoras de saúde suplementar, mas nos limitamos a tratar dos temas considerados mais recorrentes e que na maioria das vezes podem causar impactos econômicos mais significativos para as operadoras (Robba, 2017).

Este trabalho visa avaliar o comportamento destes e as argumentações da justiça nas decisões, buscando identificar os motivos que levam os beneficiários a buscarem tal alternativa e quais os impactos que a judicialização pode causar para as operadoras de saúde e para o setor de saúde suplementar (Robba, 2017).

Por isso a pesquisa procurou abordar os processos contra os planos de saúde no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), onde a análise se restringiu a 30 acórdãos escolhidos aleatoriamente em mais de 4.713, a fim de demonstrar os efeitos da interferência do poder judiciário na gestão das operadoras de saúde suplementar (Robba, 2017).

O filtro utilizado para permitir a pesquisa se ateve a palavra “Plano de Saúde” no site deste tribunal, tentando abordar o máximo de decisões em desfavor de operadoras de saúde, considerando dados em um espaço tempo de cinco anos (Robba, 2017).

A escolha do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios foi determinado em função da qualidade da fonte de dados públicos disponível e por fazer parte da 4ª região em número de beneficiários no Brasil (Robba, 2017).

Este levantamento se ateve a análise dos processos de recurso de apelação em 2ª instância onde as decisões são exaradas por meio de acórdãos proferidos normalmente por três desembargadores, no entanto devemos esclarecer que quando da possibilidade de uma decisão de 1ª instância ser reformada, sem unanimidade, esta pode permitir outro recurso chamado Embargos Infringentes (Robba, 2017).

### 10.1. ÉTICA NA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados e analisados são provenientes de fonte pública de acesso online do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

Nas análises e exposição das informações, foram mantidos em confidencialidade e privacidade dos dados dos autores das demandas judiciais, sendo os dados considerados apenas para fins de pesquisa.

## **11 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS DECISÕES**

### **Acórdão 1155407 - PROCESSO nº AP 0726515-32.2018.8.07.0001**

O processo trata de apelação da BRADESCO SEGUROS S.A entidade ré na sentença inicial que julgou procedente a autorização para tratamento oncológico prescrito ao autor, mediante o fornecimento do medicamento Revlimid (Lenalidomida), com prescrição médica. O medicamento deveria ser fornecido no prazo de 48 horas sob pena de multa diária, arbitrada no valor de R\$ 2.000,00 até o limite de R\$ 20.000,00. E ainda condenou a ré ao pagamento de honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa R\$ 40.000,00.

O Bradesco Seguros sustenta em sua apelação que o pedido não tem amparo contratual e que os procedimentos obrigatórios devem ser definidos, pois do contrário as entidades não podem fornecer todos os tipos de medicamentos, não levando em consideração as cláusulas contratuais.

A ré menciona ainda que o medicamento é importado e que não esta autorizada sua comercialização, mesmo possuindo o registro na ANVISA.

O artigo 20 do §1 da Resolução Normativa nº 428 da ANS esclarece que o medicamento que não esta no rol da ANS pode onerar a seguradora, pois não possui a respectiva contraprestação.

Diante do valor atribuído para condenação quanto ao pagamento dos honorários, é possível determinar que o valor estimado do procedimento, autorizado por este juízo foi de R\$ 400.000,00.

### **Acórdão 1144669 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0715051-14.2018.8.07.0000**

Processo em desfavor da SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE contra decisão inicial que deferiu a tutela de urgência, para o fornecimento de medicamento REGORAFENIB (STIVARGA) - 4CP via oral por dia por três semanas totalizando 84 cápsulas, a um custo de R\$ 18.000,00 para o tratamento de “Condrossarcoma” de membro superior, sendo de alto risco para a saúde do paciente.

A justificativa para a negativa da tutela de urgência se deve ao fato deste medicamento ser de caráter experimental, não estando no Rol de procedimentos da ANS, mas

que seriam necessários pela idade do paciente 68 anos, pois foram identificadas metástases pulmonares, sendo que o mesmo realizou outros procedimentos como quimioterapia com antracíclicos, taxanos, ifosfamida e radioterapia em lesões ósseas (bacia, coluna, arcos costais e calota craniana), onde acabou acarretando no ressecamento da calota craniana progredindo para edema cerebral.

Considerado pela justiça ilegítima a recusa do fornecimento do medicamento, indispensável para tratamento do paciente, sob a alegação de uso de caráter experimental ou offlabel.

Fala ainda que esta patologia esta dentro da cobertura do contrato do plano de saúde, não tendo capacidade técnica a operadora de definir o tratamento, mas sim do profissional técnico. E reforçando que havendo cobertura para a doença, deverá haver também cobertura para o procedimento ou medicamento.

A decisão foi por dar provimento e reformar a decisão inicial para o fornecimento de forma imediata da medicação especial REGORAFENIB (STIVARGA) ao agravante, conforme prescrição médica.

#### **Acórdão 1198405 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0702854-19.2017.8.07.0014**

Processo de apelação da SUL AMERICA SEGURO SAÚDE S.A, bem como recurso promovido pela autora contra sentença por tutela antecipada, para determinar o custeio e realização de procedimento pré e pós-cirúrgicos, a ser realizada no dia 12/08/2017 no hospital de Brasília, sendo este parte dos credenciados do plano, devendo ainda fazer parte o custeio do profissional anestesista e de outras áreas necessárias, bem como os materiais e medicamentos, internação e tudo que for necessário para a realização do procedimento.

A apelante em suas razões descreveu que o contrato estava em período de carência e que a operadora não foi comunicada da urgência do tratamento, e que pudesse descumprir as cláusulas do contrato.

Diante do exposto foi negado provimento ao recurso da ré e dado provimento ao recurso do autor reformando sentença para reembolsar todos os valores pagos, tendo como condenação danos materiais no valor de R\$ 40.000,00 a título de honorários médicos, e condenação por danos materiais totalizando o valor de R\$ 44.872,00.

**Acórdão 1160682 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0716194-69.2017.8.07.0001**

Processo de apelação da AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. e Autor contra sentença proferida em desfavor da operadora para o fornecimento dos medicamentos HARVONI - 400 mg / ledisparvir 90mg, necessários para o tratamento de hepatite tipo C.

A ré negou o fornecimento do medicamento alegando tratar-se de medicamento experimental, não constando do Rol de procedimentos da ANS e que o medicamento não é aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Na decisão ficou ajustado que seria necessário uma estimativa do valor da causa R\$ 120.000,00, e que só poderia ser concluída a avença após a finalização do tratamento.

Diante do exposto a decisão foi por dar provimento para o pedido do autor majorando os danos morais e negar provimento para o pedido da ré obrigando o custeio do medicamento, tendo como fundamentação que os planos de saúde não podem negar o fornecimento de medicamentos, por questões de ingerência, pois quem deve ter consciência da necessidade do paciente é o profissional de saúde.

**Acórdão 1214431 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0706076-97.2018.8.07.0001**

Processo de recurso de ação regressiva por danos materiais e morais da VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, em que foi condenada a ré ao pagamento de despesas hospitalares, decorrentes da recusa de cobertura de parto prematuro com óbito do recém-nascido, visto que a autora foi executada pelo hospital para o pagamento destas custas.

Na presente apelação a ré justificou que a recusa na cobertura do procedimento, se deve a legitimidade das cláusulas contratuais, onde previa prazo de carência de 30 dias.

A corte proferiu sentença em que negou provimento ao pedido da ré, pois é obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de emergência e urgência, em que impliquem em risco de vida, sendo referendada a Súmula 597 do STJ, que define que as cláusulas contratuais que preveem carência para utilização dos serviços médicos de assistência nas situações de emergência e ou urgência são consideradas abusivas.

Fica a ré condenada ao reembolso das custas provenientes do procedimento e danos morais totalizando o valor de R\$ 52.982,39.

**Acórdão 1152600 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0704827-14.2018.8.07.0001**

Recurso de apelação da GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE e Autora contra sentença inicial de tutela de urgência, para custeio financeiro de tratamento de melanoma maligno (câncer de pele), através do fornecimento do equipamento Oncothermia EHY-200, para a realização de 36 sessões do procedimento experimental denominado “protocolo de eletro hiperthermia Modulada” ou (Oncothermia e Eletromedicina) e adicionalmente indenização por danos morais.

O recurso tem como alegação que o tratamento prescrito pelo médico não consta do Rol de procedimentos da ANS e que tal procedimento não possui registro na ANVISA.

O valor orçado para o referido tratamento das 36 sessões foi definido em R\$ 93.000,00, mais adicional de danos morais no valor de R\$ 20.000,00 totalizando um custo de R\$ 113.000,00.

A decisão foi por negar provimento para a autora e dar provimento para a ré, sob a alegação que a Lei nº 9.656/98 no seu art. 10 exclui do plano referência de assistência à saúde os tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, situação que se enquadra oncothermia.

**Acórdão 1147147 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0702169-81.2018.8.07.0012**

Recurso de apelação da SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE contra decisão em ação proferida pela autora, para tutela antecipada no fornecimento do medicamento PALBOCICLIB - 125 mg, ou mais conhecido como IBRANCE (PFIZER) para tratamento de neoplasia de mama (tumor maligno), considerando a necessidade de 12 ciclos para o efetivo tratamento a um custo de R\$ 20.016,00 por ciclo, totalizando o valor de R\$ 240.192,00.

A ré negou o fornecimento do referido medicamento sob a alegação de não constar do Rol de procedimentos da ANS e falta de previsão contratual, alegando ainda que não poderia suportar despesas não previstas contratualmente ou por lei, podendo trazer desequilíbrios ao plano de saúde, tendo que repassar possíveis prejuízos aos demais segurados.

Diante do exposto do presente recurso, decidiu-se por negar provimento, reformulando a condenação no fornecimento do tratamento, tendo como base a Súmula nº 608 do STJ “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

**Acórdão 1156740 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0720407-84.2018.8.07.0001**

Processo de apelação da UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A contra sentença inicial de tutela antecipada quanto ao custeio do procedimento denominado PROTOCOLO KRD, com a combinação dos medicamentos kyprolis, Revlimid e Dexametasona para o tratamento quimioterápico do diagnóstico de mieloma múltiplo.

No pedido a autora alegou que tal procedimento não consta do Rol de procedimentos da ANS, e não possui indicação de bula no Brasil e é utilizado em caráter experimental, o que permitiria a exclusão da cobertura contratual, pede ainda a revisão do valor estipulado da causa R\$ 79.433,98, sendo que este valor não reflete ao conteúdo patrimonial em discussão, por isso pede considerar o valor primeiramente indicado R\$ 50.000,00.

A decisão foi por negar provimento ao pedido de revisão do valor da causa, alegando que tal procedimento deveria ter sido em outro momento no transcorrer do processo.

E reforma a decisão inicial para que a ré pague os custos de aquisição do medicamento Revlimid sob a luz da Súmula nº 608 do STJ, aplicando-se o código de defesa do consumidor, além de justificar que o medicamento esta aprovado e registrado pela ANVISA, além de ser indicado para esta patologia e ter recomendação do profissional especializado.

**Acórdão 1220189 - PROCESSO RECURSO INOMINADO nº 0735277-55**

Recurso inominado da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL contra decisão de ressarcimento de valores custeados pelo autor para submissão de sua sogra, com a realização de exame Oncotype, procedimento que identifica características biológicas de vários tipos de tumores.

A ré sustenta a negativa sobe alegação de inexistência de previsão no Rol de procedimentos da ANS.

A decisão foi por negar provimento do recurso mantendo a sentença, por considerar abusiva a recusa de cobertura de exame sob o fundamento de que o mesmo não está previsto no do rol da ANS, o tratamento foi prescrito por médico responsável, afastando a ingerência da operadora no sentido de indicar o tratamento, por isso à ré foi condenada ao reembolso no valor de R\$ 13.500,00.

**Acórdão 1246415 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0705934-35.2019.8.07.0009**

Processo de apelação da BRADESCO SEGUROS S/A contra decisão de tutela de urgência para o tratamento de esclerose múltipla remitente recorrente, o autor afirma que possui relatório médico com a solicitação do medicamento Ocrelizumabe, por meio de infusão.

A ré negou o tratamento por achar legítimo o fato do procedimento solicitado não constar no Rol da ANS, sendo atribuído o valor de R\$ 80.000,00 para a causa, no entanto não foram demonstrados parâmetros para justificar o montante, desta forma solicita a revisão para R\$ 20.000,00.

O autor demonstrou os valores correspondentes ao tratamento de forma segregada, onde somente o valor unitário do medicamento é de R\$ 11.350,75 e que o tratamento anual pode chegar a R\$ 45.403,00, a ré foi condenada ainda por danos morais.

Diante dos fatos a decisão foi por dar parcial o provimento, negando a redução do valor em face de referência dos valores pelo autor, porém pede a redução do valor por danos morais para R\$ 5.000,00, porém não exime a ré de custear todo o tratamento necessário.

**Acórdão 1242962 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0704721-18.2019.8.07.0001**

O processo de recurso da AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A contra sentença de tutela provisória para autorizar a realização de cirurgia reparadora de reconstrução mamária, com prótese ou expansor plástica Z ou W e cirurgia para correção de ferimentos e cicatrizes ou tumores pós-cirurgia bariátrica.

A ré sustenta que os procedimentos têm fins estéticos e não encontram suporte legal ou mesmo previsão no Rol da ANS. Alega ainda que a solicitação esta em desacordo com as cláusulas contratuais, com base no art. 10 da Lei nº 9.656/98, que não obriga as operadoras a custear cirurgias plásticas.

Alega ainda ser incabível o reembolso de procedimentos particulares realizados por livre e espontânea vontade, não sendo justo ainda a solicitação por danos morais.

Em 09/07/2019 a autora comunicou o juízo por petição que a ré foi comunicada do agendamento da cirurgia e que poderia fazer a alteração das guias para o nome do seu médico credenciado, porém a mesma não se manifestou o que obrigou a autora a arcar com os custos do procedimento cirúrgico que totalizou R\$ 27.740,00.



Não houve oposição em fazer o reembolso do procedimento cirúrgico, desde que os profissionais fossem da sua rede credenciada, porém foi condenada ao reembolso no valor de R\$ 27.740,0 sendo considerado improvido o recurso e confirmado danos morais.

**Acórdão 1242007 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0726548-88.2019.8.07.0000**

Agravo de instrumento, com pedido de atribuição de efeito suspensivo interposto pela autora, da decisão inicial de indeferimento de tutela de urgência, para determinar a ré o fornecimento do medicamento Olaparibe 15 mg pelo período de 2 anos, conforme prescrição médica.

A autora informa que foi submetida à cirurgia para tratamento de câncer no ovário/peritônio, em grau avançado e que deveria iniciar o uso do medicamento.

A justificativa da ré, para a negativa de fornecimento do referido medicamento, se fundamenta em que o mesmo não consta do Rol de procedimentos da ANS.

Concedido à antecipação dos efeitos da tutela pretendida em juízo, quando atendidos aos requisitos exigidos pelo artigo 300 do CPC, devendo a prestadora de serviços de saúde fornecer o medicamento, considerado imprescindível para o tratamento do câncer, mesmo a operadora de plano de saúde (OPS) sendo Autogestão.

O plano de saúde não pode fazer menção ao tipo de tratamento que deve ser utilizado, sendo atribuição exclusiva do profissional especializado.

O referido acórdão não possuía o valor da condenação, por isso foi necessário fazer uma pesquisa na internet para identificar o valor do medicamento R\$ 28.980,00;

**Acórdão 1239290 - PROCESSO APELAÇÃO nº 0002784-52.2017.8.07.0011**

Apelação da autora e da ré em ação cominatória cumulada de danos morais e materiais, sentença sobre obrigação de fazer em desfavor da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, obrigando a ré a autorizar e custear os procedimentos médicos necessários para o tratamento de patologia diagnosticada carcinoma ductal invasivo de mama direita. Inaplicabilidade do CDC em função da ré ser uma OPS autogestão e o contrato não está de acordo com a Lei nº 9.656/98.

A ré justifica a negativa em fornecer o medicamento e a cirurgia, tendo como base o Rol de Procedimentos da ANS.

Por decisão nega provimento e mantém a condenação inicial, visto que a tabela de procedimentos da ANS é exemplificativa, a ré foi condenada ao ressarcimento dos danos materiais suportados pela autora em função da negativa, os custos foram evidenciados através da apresentação de notas fiscais e exames que totalizaram R\$ 8.840,00, sendo condenada ainda por danos morais.

**Acórdão 1228964 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVEL nº 0701776-68.2018.8.07.0009**

O autor propôs ação de reconhecimento em desfavor da UNIMED PLANALTO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, UNIVERSO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE LTDA, SEMOG CORRETORA e Autor, para o ressarcimento de exames a fim de diagnosticar e tratar pielonefrite aguda, sendo de caráter de urgência o tratamento.

O autor alega que passando mal, foi à emergência do Hospital Daher e foi solicitado exames, porém não foram liberados pelo plano de saúde, obrigando o autor a arcar com todos os custos.

A segunda ré peticionou nos autos informando que o contrato de plano de saúde em questão foi rescindido em 23/11/2018, sendo considerada a perda do objeto de demanda.

Reformado a sentença julgando procedente o pedido inicial para condenar solidariamente a Unimed Cooperativa de Trabalho Médico, Universo Administradora de Benefícios de Saúde Ltda. e SEMOG Corretora ao custeio das despesas com exames hospitalares no valor de R\$ 1.034,27, resultantes e restritos a situação emergencial configurada bem como a compensação de dano moral.

**Acórdão 1246288 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 070480-40.2020.8.07.0000**

Agravo de instrumento da CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL por ocasião de decisão de deferimento de tutela antecipada em favor do autor do processo, autorizando sessões de quimioterapia e radioterapia necessárias para o tratamento de neoplasia primária do sistema nervoso central: Glioblastoma multiforme grau IV, tumor maligno cerebral.

A ré alega que o procedimento não consta do Rol da ANS, mas já providenciou a autorização dos procedimentos e materiais necessários para o cumprimento da liminar, porém entende que o prazo para atendimento do paciente é de 21 dias, conforme as normas da ANS.

Conhecido parcialmente provido, a decisão foi pelo bloqueio do valor de R\$ 20.000,00, nas contas da ré em função do descumprimento da liminar, não podendo o autor realizar as sessões necessárias. Diante disto foi aplicado ainda penalidade no valor de R\$ 25.000,00 por astribentes (Multa diária imposta para obrigar o cumprimento de decisão judicial).

#### **Acórdão 512191 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 201000310354229ACJ**

Apelação por parte da SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S.A por decisão de negativa de cobertura de internação de emergência, para realização de cirurgia de apêndice aguda gangrenosa. O Hospital realizou o procedimento tendo em vista a urgência, mesmo sem liberação da Operadora de saúde.

A justificativa para negativa de cobertura do procedimento, esta em que não havia decorrido o prazo de carência, devendo o autor arcar com as despesas médicas no valor de R\$ 19.512,44.

A decisão foi pela condenação da seguradora ao pagamento do valor do procedimento cirúrgico e ainda o mesmo valor para danos materiais.

#### **Acórdão 368599 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 20090020027214AGI**

Agravo de instrumento da CT ASSESSORIA CONSULTORIA REPRESENTAÇÕES E SERVIÇOS LTDA com pedido de liminar contra decisão inicial por ação cautelar contra a ré, sendo objeto do processo o procedimento cirúrgico oncológico em caráter de urgência.

A ré alega que recebeu apenas uma mensalidade e que possivelmente a agravante sabia da sua condição de saúde no momento da contratação do plano, pois teve perda repentina de peso, sendo necessários outros exames, onde foi diagnosticado com câncer em estágio avançado e com metástase, exigindo urgência em procedimento cirúrgico.

Considerando a gravidade do problema, mesmo a autora efetuando o pagamento de apenas uma mensalidade, a ré foi condenada a custear o tratamento, a ocultação da preexistência da doença não diminui a urgência do procedimento.

Adicionalmente foi de entendimento que a proposta de adesão ao plano já contempla possíveis sinistros ajustados aos riscos do negócio, sendo o orçamento para efeitos dos custos o valor arredondado conforme os autos em R\$ 40.000,00.

**Acórdão 1151283 - PROCESSO nº APELAÇÃO 07116129-40.2018.8.07.0001**

Recurso de apelação contra a CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, a autora solicita o fornecimento do medicamento Mabthera, 500 mg, 2 ampolas de Mabthera 100 mg, 1 ampola de Hidrocortisona e 1 ampola de Novalgina, por ter sido diagnosticada com Nefropatia Grave, em função de hipoplasia renal congênita. A alegação da autora quanto à necessidade do medicamento, se deve a cumprir com o sucesso do transplante e amenizar riscos de rejeição.

O medicamento foi reconhecido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, como eficiente junto à plasmaférese e imunoglobulina no tratamento da rejeição.

A ré em seu recurso alegou ser improcedente o fornecimento deste medicamento para este tipo de tratamento, pois seria mais adequado para tratamento de Linfoma a não Hodgking, para Leucemia Linfocítica Crônica, Artrite Reumatóide, Granulomatose com Poliangite e Microscópica. Alega que esta configurada a utilização não padronizada (off label), não tendo previsão de cobertura, conforme descrito no art. 10, inc. I da Lei nº 9.656/1998.

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil ainda tentou apelar das decisões, porém o relator negou provimento e confirmou a que a entidade deverá custear o medicamento, e condenou a indenização por danos morais no valor de R\$ 8.000,00, pela situação difícil que a beneficiária se encontra e ainda pelo constrangimento e desgaste sofrido pelo atual enfrentamento.

**Acórdão 1248282 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0702740-20.2020.8.07.0000**

No presente processo a ré se manifesta contra decisão de tutela de urgência para determinar a autorização no prazo máximo 4 horas a contar da intimação, para a realização de tratamento indicado por médico assistente do autor para 220 sessões de Eletro Hipertemia Modulada (EHM), no valor de R\$ 568.480,00, com a cobertura de materiais e técnicas

necessárias ao tratamento, onde o autor é portador de neoplasia maligna no crânio que progride em direção ao sistema nervoso central o que pode acarretar em danos irreparáveis a saúde e possível abreviação da vida.

Em sua argumentação a ré alega que o tratamento não consta de previsão contratual.

A decisão foi por negar provimento ao agravo, onde cabe consignar que os documentos são suficientes para demonstrar a necessidade do cumprimento da obrigação, pois de acordo com os autos, depende do pagamento prévio e integral, tendo em vista que o prestador de serviço IMB é o único que fornece o tratamento e não é credenciado da ré. Diante dos fatos torna-se indevido o desbloqueio do objeto do arresto, pois dado a urgência deverá ser utilizada para pagamento do tratamento.

#### **Acórdão 1242623 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0713101-64.2018.8.07.0001**

Recurso de apelação da CAIXA DE ASSISTENCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL contra sentença de ressarcimento de despesas referentes à prótese testicular no valor de R\$ 5.678,48, pois o autor foi diagnosticado com neoplasia maligna no testículo esquerdo, onde a orientação do médico assistente indica a realização de intervenção cirúrgica de orquiectomia esquerda e implante de prótese.

A ré alega que se trata de reparação estética, e que o material não altera as funções do órgão e que o procedimento não consta do Rol de procedimento da ANS.

Reconhece dar parcialmente provimento condenando a sucumbência recíproca, devendo o autor responder igualmente pelo ônus, devendo cada parte responder pelo pagamento de 50%.

#### **Acórdão 1248423 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0727736-16.2019.8.07.0001**

Apelação da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL contra sentença para autorizar e a fornecer os meios necessários à implantação do sistema de infusão de medicamento no valor de R\$ 23.026,31, prescrito e necessário ao tratamento do paciente.

A apelante alega não ter a obrigação de custear a Bomba de Insulina Minimed 640 G, da marca Medtronic, haja vista a ausência de previsão na lista de medicamentos e materiais de uso domiciliar do plano de saúde (LIMACA).

Esta lista é definida como situação de vantagem concedida pelo plano de saúde aos seus beneficiários, onde não existe qualquer previsão legal no fornecimento destes materiais de uso domiciliar, por isso não existe menção de cobertura aos materiais que excederem a lista desenvolvida por esta operadora.

Decisão parcialmente provida, onde afasta a decisão da condenação da ré pelo não cumprimento de prazo judicial fixado e o pagamento de multa cominatória no valor de R\$ 50.000,00, sobe a justificativa que a multa poderia prejudicar o equilíbrio da prestação de serviços assistenciais da ré, em detrimento dos demais beneficiários.

No entanto mantém-se a sentença condenando a ré ao fornecimento do equipamento e insumos necessários.

#### **Acórdão 1227042 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0723204-96.2019.8.07.0001**

Apelação da GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE contra sentença inicial confirmando a antecipação de efeitos de tutela anteriormente concedida, para determinar o custeio de cirurgia do miocárdio e seus respectivos materiais cirúrgicos, no valor de R\$ 42.000,00 de acordo com a petição inicial.

A ré sustenta que não houve impedimentos quanto à autorização da solicitação do paciente, nem negativa de atendimento, por isso reforça que não houve resistência para a realização dos procedimentos médicos necessários. A apelante argumenta apenas que o procedimento cirúrgico não se encaixa no critério de emergência, e que solicitou justificativa para o responsável técnico para a devida autorização do material pleiteado.

Negado provimento ao pedido de apelação da ré em face da urgência do procedimento, devendo ter a autorização do plano de saúde para o procedimento dentro do prazo legal, conforme os termos da fundamentação, e ainda condena a indenização por danos morais.

#### **Acórdão 1234223 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0710099-52.2019.8.07.0001**

Apelação da beneficiária do plano de saúde contra sentença inicial proposta para o tratamento da doença diagnosticada como, adenocarcinoma de pâncreas EC IV. A apelante alega que para o tratamento foi indicado exame radiológico de contraste denominado PET-CT e o uso do medicamento Capecitabina 50 mg. Os valores despendidos foram R\$ 12.118,98 em

exames e R\$ 2.042,04 pelos medicamentos, sendo negado o procedimento, obrigando a autora a arcar com os custos.

A recusa em autorizar o fornecimento do medicamento se fundamenta na questão do exame e o medicamento não constarem no Rol de procedimentos da ANS, para este tipo de tratamento.

Recurso conhecido e dado provimento ao pedido da autora da apelação reformando a sentença a fim de determinar que a ré autorize a realização do exame necessário e o ressarcimento do uso do medicamento Capecitabina 500 mg.

#### **Acórdão 1238028 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0010439-33.2016.8.07.0004**

Recurso de apelação da BRADESCO SAÚDE S/A, AUTOR E CARDIOVASCULAR ASSOC. LTDA contra sentença inicial proposta por autor em desfavor da primeira CARDIOVASCULAR ASSOC. e da segunda BRADESCO SAÚDE e da reconvenção da primeira ré em desfavor do autor, para o custeio decorrente de intervenção cirúrgica realizada pela primeira, CARDIOVASCULAR, em favor da esposa do autor, em decorrência de um aborto com complicações, sendo necessária sua transferência para a UTI do Hospital Brasília, onde foi diagnosticada com trombo embolia pulmonar maciça.

Em função do agravamento do seu estado clínico, foi indicada a instalação de suporte circulatório mecânico (ECMO), na modalidade venosa, em caráter de emergência, devido ao alto risco de óbito.

O Hospital é conveniado ao segundo réu o qual não cobriu as despesas no valor de R\$ 288.676,00, em função do procedimento não estar no Rol de procedimento da ANS.

Foi negado provimento ao recurso da primeira ré CARDIOVASCULAR e da segunda ré BRADESCO SAÚDE e conhecido o provimento ao pedido do autor e ainda estabelece danos morais.

#### **Acórdão 1239834 - PROCESSO AC nº 0004170-50.2017.8.07.0001**

Apelação proposta por beneficiária em desfavor da QUALITY PRO SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA e CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS DE BRASILIA - CDRB, contra ação monitória proposta pela CLINICA DE DOENÇAS RENAIIS DE BRASILIA visando à cobrança de R\$ 27.929,54 referentes a serviço médicos de

hemodiálise prestados a beneficiária em maio/2016, quando se encontrava internada Hospital Daher.

A apelante alega que foi internada inconsciente, não sendo comunicado a família a necessidade do procedimento autorizado e que a clínica ao não fazer o comunicado, assumiu o risco de possíveis prejuízos ligados ao procedimento.

Foi rejeitada a liminar dando parcialmente provimento aos recursos, reformando a sentença, sendo comprovada a urgência, a operadora de saúde suplementar deverá custear o tratamento, assegurando a estrutura hospitalar necessária, considerada abusiva à negativa de cobertura.

**Acórdão 1233860 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0700716-26.2019.8.07.0009**

Recurso de apelação da BRADESCO SAÚDE S.A, contra sentença inicial de tutela de urgência para custear sessões de psicoterapia “Análise de Comportamento Aplicado ABA”, no valor de R\$ 4.400,00 enquanto houver prescrição médica, sem limites ao número de sessões.

A ré em suas razões expostas esclarece estar vinculada ao Rol de procedimentos obrigatórios da ANS, e existe previsão contratual para cobertura de tratamentos psicoterapêuticos e com fonoaudiólogo, que a apelante é a favor das 40 sessões de terapia ocupacional e de psicologia por ano e 96 sessões e consultas de fonoaudiologia por ano, porem se opõe ao fornecimento de método específico denominada ABA.

Conhecido improvido a alegação da ré, em negar a cobertura tendo como argumento que o método descrito não esta no Rol da ANS, circunstância que não se mostra suficiente para afastar a obrigação de custear o tratamento.

**Acórdão 1229637 - PROCESSO RECURSO INOMINADO nº 0732965-09.2019.8.07.0016**

Recurso inominado da SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S.A, em face de sentença que julgou procedente em pedidos iniciais para condená-la ao ressarcimento de custas de cirurgia no valor de R\$ 4.950,00, realizada após negativa de autorização do plano de saúde.

Em seu recurso alega que no contrato entre as partes não consta a cobertura de procedimentos não relacionados no Rol da ANS, que é o caso da cirurgia refrativa a laser com técnica PRK, uma vez que não atende à diretriz DUT estabelecida pela ANS.



Conhecido não provido, pois a alegação que inexistia previsão de cobertura no Rol da ANS não merece amparo, pois o STJ já pacificou entendimento que esta alegação não afasta o dever de cobertura do plano de saúde em custear o procedimento.

**Acórdão 1238509 - PROCESSO AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0726446-66.2019.8.07.0000**

Agravo de instrumento da SAÚDE BRB - CAIXA DE ASSISTÊNCIA contra decisão inicial de tutela de urgência, para autorizar a cobertura de tratamento prescrito pelo médico neurologista por meio da toxina Botulínica (Botox), bem como o ressarcimento de R\$ 2.690,00 da primeira aplicação.

O autor promoveu o pedido em função de ser portador de patologia determinada como migrânea crônica (enxaqueca crônica), o qual foi devidamente prescrito por médico responsável técnico.

Em sua contrarrazões a apelada sustenta que o procedimento não consta do Rol de procedimento da ANS.

Recurso conhecido parcialmente provido apenas em determinar o ressarcimento do valor proveniente ao tratamento, mesmo não sendo constante do Rol da ANS.

**Acórdão 1236161 - PROCESSO APELAÇÃO CÍVIL nº 0705608-02.2019.8.07.0001**

No presente processo de apelação contra sentença que enseja em desfavor da AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A e CAIXA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA FIPECQ, confirmando a tutela de urgência para autorizar e custear a realização de todos os tratamentos, bem como internações e medicamentos que se fizerem necessários, conforme orientação médica, para procedimento de exame de análise de genoma mitocondrial dos probandos, para o tratamento de epilepsia, totalizando um valor de R\$ 5.433,83.

A ré alega que não houve negativa e pede revisão da causa e inexistência de danos morais.

Por decisão foi negado provimento ao recurso da ré em função de jurisprudência do STJ, no sentido de que a recusa foi indevida ou injustificada pela operadora de saúde suplementar, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico de urgência, sendo que consta das cláusulas contratuais.

**Acórdão 1227336 - PROCESSO RECURSO INOMINADO nº 0735379-77.2019.8.07.0016**

Recurso inominado da SUL AMÉRICA SEGURO SAUDE S/A, contra sentença que condenou o reembolso de R\$ 8.200,00, referente despesas do autor para remoção de carcinoma basocelular por meio de cirurgia micrográfica de Mohs.

A ré sustenta que não houve negativa, mas que de acordo com cláusulas contratuais o procedimento possibilitava o reembolso parcial no valor limitado em R\$ 620,57.

Recurso conhecido improvido, condenada a ré ao pagamento das custas mantendo-se a decisão inicial, pois não é aceita qualquer cláusula contratual com o pretexto de limitar a cobertura do plano, e não sendo permitido ao plano de saúde determinar o tipo de tratamento passíveis de utilização. No recurso a ré sustenta que não houve a negativa de cobertura e que o reembolso é parcial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da amostra analisada de 30 acórdãos podemos concluir que em 29 deles as operadoras de saúde tiveram decisão desfavorável e 1 favorável.

Na demanda inicial em 1ª instância a decisão foi desfavorável para a operadora de saúde, e a de 2ª instância representa a apelação, porém na maioria foi reformada e mantida a inicial (Robba, 2017).

Nos processos levantados os temas representam negativas de fornecimento de medicamentos aprovados pela ANVISA, ou mesmo com caráter experimental e coberturas de tratamentos, com a necessidade de procedimentos cirúrgicos e fornecimento de materiais, e que figura valores pequenos ou grandes montantes (Robba, 2017).

As negativas de fornecimento de medicamentos e procedimentos cirúrgicos quase sempre têm como alegação:

- Revisão das cláusulas de cobertura do contrato;
- Rol de procedimentos da ANS;
- Medicamento importado sem reconhecimento e aprovação da ANVISA;
- Medicamento experimental ou Offlabel.

As decisões dos tribunais na sua maioria levaram em consideração o CDC e procedimento fora do Rol da ANS e foram utilizadas como referencial as Súmulas 597 e 608 do Superior Tribunal de Justiça. Em algumas decisões foi mencionado que a cláusula contratual foi desconsiderada (Robba, 2017).

Nas decisões o Rol de procedimentos da ANS foi considerado exemplificativo, não sendo limitador para a cobertura dos procedimentos necessários (Robba, 2017).

As operadoras além de condenadas ao custeio dos procedimentos ainda foram punidas por danos morais, com valores que correspondem em média de R\$ 20 Mil, podendo ser acrescidos conforme entendimento. Nas argumentações ainda constou que as punições são de caráter educativo, pois muitas vezes a relação da prestação de serviço gerou expectativas do acesso ao medicamento ou procedimento necessário (Robba, 2017).

As operadoras de saúde têm enfrentado constantes derrotas, não somente neste tribunal de justiça, mas já podemos concluir que não é diferente em outros tribunais do país.

As decisões contra as operadoras nos levam a pensar que todos os procedimentos negados pelas operadoras podem ser requeridos por via da judicialização, onde o principal

critério é o caráter da vida, porém estas medidas não levam em consideração os efeitos sob as operadoras (Robba, 2017).

Foi possível constatar a importância do mercado de saúde suplementar em termos políticos, sociais e econômicos e que a vida deve ser priorizada, mas que também temos que avaliar sob a ótica das operadoras, que são na maioria derrotadas nas demandas, e que estes custos extras, podem provocar sérios problemas não só para as entidades, mas também para o mercado de saúde como um todo, por isso temos que nos perguntar se estes aumentos de custos através do judiciário, não são sinais da necessidade de melhoras na regulação, e que ainda falta o equilíbrio deste tripé da saúde (Robba, 2017).

## REFERÊNCIAS

ZIROLDO, Rodrigo Romera, GIMENES, Rafaela Okano, JÚNIOR, Clóvis Castelo. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *Mundo da Saúde*, São Paulo, 37, 2, 216-221, Abril de 2013.

LARA, Natália. *Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiências nos países*. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, São Paulo, 1-13.

BRASIL, Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário oficial da República Federal do Brasil*, 1998.

BRASIL, Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário oficial da República Federal do Brasil*, 2000.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Inflação dos Planos de Saúde – 2000/2018*. Brasília, DF, 2019.

TEUFEL, Rafael Henrique. Demonstrações Contábeis Referentes aos Exercícios Findos em 31 de Dezembro de 2019 e 2018.[online] Disponível na Internet via WWW.URL: [https://www.fundacaosanepar.com.br/sites/default/files/institucional/fsas/demonstracoes-2019/c\\_dem\\_conta\\_2019.pdf](https://www.fundacaosanepar.com.br/sites/default/files/institucional/fsas/demonstracoes-2019/c_dem_conta_2019.pdf). Acesso em 01 de abril de 2020.

BOEHM, Camila, Decisões judiciais envolvendo planos de saúde crescem 631% em São Paulo. Disponível na Internet via WWW.URL: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/decisoes-judiciais-envolvendo-planos-de-saude-crescem-631-em-sao-paulo>

MELLO, Álisson José Maia, DANTAS, Instabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde diante da concessão indiscriminada de tutela de urgência no Brasil. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília. V. 8, n. 3, p. 409-433, dez. 2018.

MELLO, Jaqueline Resende Candido. Saúde Suplementar: Judicialização x equilíbrio contratual. [online] Disponível na Internet via WWW.URL: <https://jus.com.br/artigos/50806/saude-suplementar-judicializacao-x-equilibrio-contratual>. Acesso em 19 de agosto de 2019.

ALMEIDA, Tércio Neves. O excesso de judicialização da Saúde suplementar. [online] Disponível na Internet via WWW.URL: <https://drtercioalmeida.jusbrasil.com.br/artigos/575798017/o-excesso-de-judicializacao-da-saude-suplementar-no-pais>. Acesso em 29 de outubro de 2019.

GOMES, Damare Torres. Os impactos financeiros da judicialização da saúde em operadoras de saúde suplementar. [online] Disponível na Internet via WWW.URL: <https://jus.com.br/artigos/70676/os-impactos-financeiros-da-judicializacao-da-saude-em-operadoras-de-saude-suplementar>. Acesso em 17 de setembro de 2019.

ROBBA, Rafael. *Judicialização dos planos e seguros de saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo*. 2017. 120f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios TJDF, Consultas Jurisprudência. [online] Disponível na Internet via WWW.URL: <https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordosweb/sistj?visaoId=tjdf.sistj.acordoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao>. Acesso em 28 de março de 2020.